ENDOMÉTRITES CHRONIQUES

N° 57

ET

ENDOMÉTRITE BLENNORRHAGIQUE

TRAITEMENT PAR LE CRAYON DE NITRATE D'ARGENT
A DEMEURE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier
Le 29 Juillet 1891

PAR

Paul CHALANÇON

Né à Nozières (Ardèche), le 13 mars 1857

PRÉPARATEUR DE PHYSIOLOGIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER
INTERNE EN MÉDECINE A L'HOPITAL DE MUSTAPHA
LAURÉAT, PRIX POISSON, 1885
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE (CINQ FOIS)
MÉDAILLE D'HONNEUR (ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA, 1886)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE
3, Place de la Mairie, 3

1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (✻) . . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
— VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN (✻).
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. d. c.)	
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).	ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. d. c.)	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des mal. des vieillards. .	MM. REGIMBEAU ✻, ag.
Histologie.	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophtalmologique.	TRUC, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. VILLE	MM. BROUSSE
SERRE	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU (✻)	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HÉDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. PAULET (O. ✻ ✻), *prés.*	MM. GILIS, *agrégé.*
JAUMES, *professeur.*	BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. CHALANÇON.

A Monsieur le Professeur REY

CHIRURGIEN A L'HOPITAL DE MUSTAPHA

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur TEXIER

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER

ET A CEUX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES BONS AMIS

Les Docteurs LABBÉ, PÉAN et MARINI

P. CHALANÇON.

PRÉAMBULE

A la suite des discussions qui eurent lieu, au commencement de l'année 1890, à la Société de Chirurgie et dans d'autres Sociétés savantes, sur les avantages et les inconvénients du curettage et de la cautérisation à la pâte de Canquoin dans le traitement des endométrites, notre excellent maître, le professeur Rey, pensa que l'étude systématique du traitement de la même maladie par le crayon de nitrate d'argent, laissé à demeure dans la matrice, pourrait non seulement présenter de l'intérêt au point de vue de l'actualité du sujet, mais encore et surtout, qu'elle fournirait la preuve que c'est un procédé très pratique comme mode opératoire et très avantageux comme résultats thérapeutiques. Il ne s'agissait pas d'une idée préconçue. Ce traitement n'est pas, en effet, absolument nouveau, pas plus, d'ailleurs, que le curettage ou la cautérisation au chlorure de zinc ; et son emploi par des maîtres tels que Courty et Laroyenne avait donné de nombreux cas de guérison.

Il ne pouvait donc être question d'explorer un terrain nouveau, mais plutôt de confirmer les travaux faits sur le même

sujet et de préciser d'une façon plus complète, si possible, le mode d'action du nitrate d'argent dans le traitement des endométrites, mode qui ne pouvait être expliqué complètement avant les découvertes pastoriennes.

Un des services hospitaliers de M. le professeur Rey, le dispensaire municipal d'Alger, établissement où sont traitées les filles publiques malades, se prête à des recherches cliniques de ce genre. Notre maître voulut bien nous confier cette tâche. Celle-ci nous était facilitée par nos fonctions d'interne au même établissement.

Nous ne voulons pas terminer ce court préambule sans remercier ici ceux qui nous ont aidé dans notre tâche.

Que M. le professeur Rey veuille bien agréer les sentiments d'éternelle reconnaissance que nous lui devons, non seulement pour les bons conseils et les encouragements qu'il nous a donnés au sujet de notre thèse, mais encore pour l'extrême bonté qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les sept années que nous avons passées auprès de lui, comme préparateur ou comme interne.

Nous prenons la liberté d'adresser nos plus sincères remercîments à M. le professeur Kiener et à M. le professeur agrégé Blaise, pour l'excessive obligeance qu'ils ont eue pour nous, en mettant à notre disposition leur laboratoire et l'aide de leurs conseils autorisés pour quelques recherches d'histologie pathologique nécessaires à notre travail.

Enfin, que notre excellent ami Rolland, pharmacien de 1re classe, chargé du service pharmaceutique au dispensaire

d'Alger, reçoive nos plus vifs remercîments pour le concours dévoué qu'il a bien voulu nous prêter pour recueillir divers renseignements et faire quelques analyses.

Nous prions M. le professeur Paulet de vouloir bien agréer nos sentiments de vive gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ENDOMÉTRITES CHRONIQUES

ET

ENDOMÉTRITE BLENNORRHAGIQUE

TRAITEMENT PAR LE CRAYON DE NITRATE D'ARGENT A DEMEURE

HISTORIQUE

Pour donner un cadre naturel à l'historique de la cautérisation par le nitrate d'argent, nous dirons aussi quelques mots de la cautérisation en général, appliquée à l'utérus malade.

La cautérisation potentielle se pratique avec les caustiques liquides ou solides.

A. Caustiques liquides

Hippocrate et Galien se sont servis des injections intra-utérines pour combattre les hémorragies. Les liquides injectés étaient très variables : vin, vinaigre, esprit de vin, etc.

Récamier préconisa le nitrate acide de mercure ; ce caustique est aujourd'hui abandonné, à cause des dangers d'intoxication qu'il fait courir et de la difficulté à limiter son action.

Guillon, en 1825, injectait des décoctions d'écorce de chêne et en obtenait de bons résultats.

Dupierris (1) se servait d'une solution iodée (une partie d'iode sur deux parties de liquide dissolvant). Les résultats obtenus auraient été tels qu'une seule injection suffisait à arrêter l'écoulement le plus abondant, sans jamais provoquer d'accidents.

Strohl (2) employait avec succès des injections d'eau blanche ou des solutions d'iodure de fer. Il n'eut à noter aucun accident.

Scanzoni (3), ayant vu survenir des coliques après des injections intra-utérines, les repousse d'une façon générale ; tout au plus pourrait-on les employer, dit-il, contre les hémorragies utérines lorsque celles-ci ont résisté aux autres hémostatiques.

Nonat (4) n'était pas partisan des injections. Il employait les caustiques liquides, mais il les portait, au moyen d'un pinceau, dans la cavité utérine qui avait reçu, au préalable, une canule percée à ses deux extrémités.

M. Pajot s'est servi d'une seringue munie d'une canule capillaire et à extrémité recourbée. Ce procédé n'a jamais, entre ses mains, déterminé d'accidents d'aucune nature. Cependant il l'a abandonné pour employer les caustiques solides ou pâteux, ou encore les caustiques liquides, mais portés dans la matrice, non plus par l'intermédiaire de la seringue, mais au moyen d'une baleine flexible garnie d'ouate à l'une de ses extrémités. Nous énumérerons un peu plus loin les divers caustiques dont il se sert aujourd'hui.

---

(1) Dupierris. *Gazette des hôpitaux,* N° 37, 1857.

(2) Strohl. *Gazette médicale de Strasbourg,* 1848, N° 10.

(3) Scanzoni. *Lerhbuch der Frauenkrankeiten.* Vienne, 1859.

(4) Nonat. *Traité pratique des maladies de l'utérus.* Paris, 1860.

Courty faisait des injections d'eau tiède, dans la leucorrhée chronique, pour chasser de la cavité de l'utérus les produits de sécrétions ; puis il touchait les parois de cette cavité avec un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent au 1/30, ou bien il laissait à demeure un crayon d'azotate d'argent.

Marion Sims (1) obtint d'excellents résultats à la suite d'injections de teinture d'iode ou de solution de persulfate de fer. Il relate la guérison d'une leucorrhée rebelle obtenue par l'instillation dans la cavité utérine, répétée deux ou trois fois par semaine, de quelques gouttes de glycérine.

Les injections intra-utérines sont encore assez usitées aujourd'hui, mais dans un but tout particulier, celui de parfaire l'action du curettage. Ainsi Pozzi fait suivre immédiatement celui-ci d'une injection au perchlorure de fer ; puis, 5 jours après, il commence des injections iodées et les continue tous les deux jours pendant deux semaines, dans les cas intenses. Si la guérison survient dans ces cas-là, on peut se demander si elle n'est pas plutôt le fait des cautérisations que du curettage.

Les caustiques communément employés dans ces conditions sont le perchlorure de fer, la teinture d'iode et la créosote.

Si les caustiques liquides introduits dans la cavité utérine, sous forme d'injections, ont donné souvent d'excellents résultats, il est arrivé aussi quelquefois que leur emploi a été suivi d'accidents graves, rapidement mortels même dans certains cas, accidents dont la pathogénie est loin d'être élucidée. On a pensé expliquer ces faits par le calibre anormal de l'*ostium uterinum* qui laisserait passer le liquide injecté, lequel pourrait alors facilement arriver dans la cavité abdominale.

Quoi qu'il en soit, cette pratique a causé des désastres thérapeutiques indéniables et nombreux.

---

(1) Marion Sims. Chirurgie utérine, traduction l'Héritier, Paris, 1866.

Bretonneau, Hourman, Pédelaborde et Gubian ont mentionné divers cas de péronites graves survenues à la suite d'injections intra-utérines de feuilles de noyer.

Oldham (1) publia un cas de péritonite déterminée par une injection intra-utérine de 4 grammes d'eau tiède.

Retzius (2) a vu survenir une péritonite diffuse, 3 minutes après une injection de nitrate d'argent au 1/30e.

Becquerel (3) a pu observer cinq cas de péritonite survenus dans une série de six femmes qui avaient reçu une injection de nitrate d'argent faible.

Nœggerath (4) cite trois cas de péritonites graves qui se montrèrent dans une série de quatre femmes qui avaient été injectées. L'une d'elles en mourut.

Parmi les auteurs étrangers qui repoussent ce mode de traitement, on cite encore Aswel, Hennig, Sigmund, Bennet, etc.

Le professeur Pajot (5) a renoncé, depuis une vingtaine d'années, aux injections intra-utérines. Actuellement, il pratique journellement la cautérisation de la matrice avec la solution de nitrate d'argent à cent pour cent, avec le nitrate en poudre, comme le fait le professeur Richet, avec le nitrate d'argent en pâte, avec le nitrate acide de mercure, l'acide nitrique anhydre, le chlorure de zinc, le perchlorure de fer, le thermo-cautère et le cautère actuel.

Miller (6) et Playfer (7) ont préconisé les attouchements de

---

(1) Oldham (Schmidt's Jahrbücher, LX, 189.)
(2) Retzius (Neue Zeistschrift, XXXI, 392.)
(3) Becquerel, Traité clinique des maladies de l'utérus. Paris, 1859.
(4) Nœggerath, Monatsschrift für Geburtskunde, XIX, p. 316.
(5) Annales de gynécologie, 1888, page 402.
(6) British medical journ., 11 décem. 1869.
(7) Lancet, 1er juillet 1890.

la muqueuse utérine par des caustiques liquides ou sirupeux.

Rheinstœdter (1), Broese (2) et Dumontpallier ont récemment vanté les cautérisations intra-utérines au moyen du chlorure de zinc dissous dans son poids d'eau et porté dans la matrice à l'aide d'une sonde, munie à son extrémité d'une boule d'ouate.

Broese affirme que cette cautérisation n'a jamais déterminé de rétrécissement, dans les nombreux cas où il l'a appliquée.

L'opération est renouvelée tous les huit jours, au plus deux fois par semaine, sans immobiliser les malades. Rheinstœdter, sur près d'un millier de cas, n'a jamais observé de rétrécissement des orifices.

En Amérique, on emploie souvent l'acide nitrique faible et l'acide phénique, après dilatation préalable du col ; celle-ci a pour but d'empêcher que le tampon, imbibé du liquide caustique, ne s'essuie, ne soit exprimé à son passage à travers l'orifice interne et n'arrive dans la cavité utérine complètement débarrassé de son agent médicamenteux. C'est un procédé peu pratique, car il faut dilater le col après chaque cautérisation.

B. CAUSTIQUES SOLIDES.

Ils sont usités depuis assez longtemps pour modifier ou détruire la muqueuse cervicale. Chomel se servait du nitrate fondu ; Bonnet, de la pâte de Canquoin ; Bois de Loury et Costilhes, de la pâte de Vienne.

Becquerel (3) et Rodier firent usage des crayons astringents qu'ils abandonnaient dans la cavité utérine. C'était là, comme

---

(1) Rheinstœdter, Centr. f. gyn., numéro 34, 1888.

(2) Broese, Centr. f. gyn., page 461, 1888.

(3) Becquerel, ouvrage cité, p. 341, t. I.

moyen de mettre le médicament en contact avec la paroi utérine, une heureuse innovation. Le sulfate de zinc et surtout le sulfate de cuivre, provoquèrent des symptômes inflammatoires assez violents et aggravèrent souvent la maladie. L'alun ne donna aucun bon résultat. Au contraire, par le tannin, la réaction inflammatoire était peu marquée et la guérison ou l'amélioration rapides.

Polaillon et Dumontpallier ont traité systématiquement, dans ces dernières années, les métrites chroniques par des flèches de Canquoin laissées à demeure dans la cavité utérine. Polaillon fait ses flèches avec une partie de farine de seigle et une partie de chlorure de zinc, tandis que Dumontpallier, pour une partie de chlorure de zinc, met deux parties de farine de seigle. Les résultats immédiats de ce traitement sont, en général, excellents ; aussi a-t-il atteint rapidement une assez grande faveur. Mais celle-ci ne s'est pas maintenue longtemps, car bientôt, de toutes parts, des cas de sténose des orifices, consécutifs à cette application, ont été signalés, qui ont jeté un discrédit peut-être exagéré sur la méthode.

Schæffer (1) vient de communiquer à la Société obstétricale de Berlin, une étude sur le traitement des affections intra-utérines par les crayons de Dumontpallier et il conclut que leur emploi est indiqué dans trois conditions : contre les hémorragies profuses de la ménopause, contre le catarrhe purulent, rebelle à tout autre traitement, contre le fibro-myôme utérin à forme hémorragique, lorsque la cavité utérine n'est pas trop dilatée.

De nombreux auteurs, parmi lesquels Scanzoni et Richet, ont essayé de réaliser la cautérisation des parois de la matrice au

---

(1) Sa communication est résumée dans le *Bulletin Médical de Paris*, 1891, p. 525.

moyen de l'azotate d'argent ; mais le procédé dont ils se sont servis est incommode et incertain. L'instrument (porte-caustique de Scanzoni, de Richet, de Dittel, de Lallemand, de Siredey) permet difficilement de mettre le caustique en contact avec tous les points malades. On comprend même, qu'à moins de manœuvres très douloureuses, la plus grande partie de la muqueuse utérine échappera à son action.

Les docteurs Lente (1) et Thomas, de New-York, ont employé le crayon argentique dans les métrites et s'en sont bien trouvés. Le Dr Lente trempait une tige, à extrémité légèrement renflée, dans du nitrate d'argent en fusion et contenant une certaine proportion d'oxyde d'argent. Il portait ensuite cette tige, après solidification de l'agent médicamenteux, dans le canal cervico-utérin et la passait méthodiquement sur toute la surface de la muqueuse en exécutant des mouvements alternatifs d'arrière en avant.

C'est à Courty que revient l'honneur d'avoir proclamé le premier les avantages du traitement de certains états pathologiques de la membrane interne de la matrice par le crayon de nitrate d'argent laissé à demeure dans la cavité utérine. Cette simple citation montrera quelle importance il attachait à ce médicament : « La cautérisation intra-utérine ne doit être pratiquée qu'avec le nitrate d'argent. Tout autre caustique me paraît dangereux (2) ».

Laroyenne a employé les crayons de Courty et en a obtenu d'excellents résultats. Il a inspiré la thèse de Raphaël Blanchard (3), dans laquelle sont signalés de nombreux faits de gué-

---

(1) Lente. New-York med. journ. Juillet 1870.

(2) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, p. 289.

(3) Raphaël Blanchard. Cautéris. de la cavité utér. dans la métrite chronique. Thèse de Paris, 1873.

rison obtenus par l'usage de crayons de nitrate d'argent pur ou mitigé.

Pour compléter la liste des divers modes de cautérisation, nous signalerons la galvanocaustique, depuis longtemps employée par Spiegelberg et de nouveau préconisée par Apostoli, et le cautère actuel, dont les premières applications furent faites par Larrey et continuées par Jobert. Courty les recommande vivement contre les granulations du col.

Sans entrer, bien entendu, dans l'étude approfondie de l'endométrite chronique et de ses variétés, qu'il nous soit permis de rappeler rapidement ses principaux symptômes, son anatomie pathologique, les formes cliniques qu'elle peut revêtir et enfin quelques notions sur son étiologie. Nous développerons un peu plus celle-ci, tout en nous efforçant d'être concis, parce qu'elle nous paraît fournir l'explication de l'action curatrice indéniable du nitrate d'argent dans l'endométrite chronique.

L'endométrite chronique, ainsi que son nom l'indique, est constituée par l'inflammation chronique de la muqueuse utérine. Ce processus morbide peut faire suite à une inflammation aiguë ou bien s'établir d'emblée. L'endométrite chronique n'est souvent, en effet, que la transformation de la forme aiguë de la métrite puerpérale, de la métrite blennorrhagique, de la métrite qui a succédé à un cathétérisme utérin pratiqué au moyen d'instruments porteurs de germes pathogènes. Il semble bien établi aussi qu'elle peut se montrer primitivement à l'état chronique, mais les auteurs ne paraissent pas fixés sur la fréquence relative des inflammations chroniques de la muqueuse utérine qui se développent primitivement ou secondairement.

Quoi qu'il en soit, l'endométrite chronique se manifeste par un ensemble de symptômes que l'on divise d'ordinaire en deux

catégories : les symptômes rationnels et les symptômes objectifs ou physiques.

Les premiers sont surtout constitués par des douleurs dans les lombes, dans les flancs, les fosses iliaques, surtout la fosse iliaque gauche (1), à l'hypocondre, quelquefois au niveau des épaules ou du coccyx ; par une sensation de pesanteur au niveau du périnée ; par des tiraillements d'estomac, de la dyspepsie, de l'asthénie, de l'entéroptose, de la néphroptose; par des troubles nerveux divers, hystérie, hypocondrie, etc.; par un facies particulier, le facies utérin. Ces divers symptômes ne sont point du tout caractéristiques, et, associés à quelques signes physiques tels que la leucorrhée, la métrorrhagie, la dysménorrhée, ils constituent un syndrôme qui se trouve, avec des variantes, dans toutes les affections des organes génitaux internes et auquel Pozzi (1) a donné le nom de syndrôme utérin.

Les signes physiques sont beaucoup plus caractéristiques et suffisent, dans la plupart des cas, à poser le diagnostic.

A l'examen au spéculum, on peut constater le changement de volume du col, sa coloration, les déformations de l'orifice externe, qui est généralement agrandi, et par lequel sort souvent du pus ou du muco-pus plus ou moins épais.

Ce produit de sécrétion enlevé, il n'est pas rare de voir la surface de la muqueuse cervicale grenue ou polypeuse, boursouflée et faisant une saillie quelquefois assez prononcée sur les lèvres du museau de tanche. On peut constater sur celui-ci l'existence d'érosions et d'ulcérations de formes diverses.

Le toucher donnera des renseignements précieux sur la consistance du col, sur le degré de dilatation de la cavité cervi-

---

(1) Courty, ouvrage cité, p. 416.

(2) Pozzi, Traité de gynécologie, p. 177.

cale qui est fréquemment accessible au doigt, lequel peut apprécier alors l'état granuleux, végétant, de sa muqueuse. Ce moyen d'exploration permettra, de plus, d'avoir des notions précieuses sur la mobilité de la matrice, sur l'état des culs-de-sac en particulier et des annexes utérins en général.

Enfin, l'hystérométrie, outre la longueur de la matrice, fera connaître l'état de dilatation ou d'atrésie de l'orifice interne, la vacuité de la cavité utérine ou bien la présence d'un polype dans son intérieur, ou de granulations à la surface de sa muqueuse.

Il est admis que dans l'inflammation en général, soit chronique soit aiguë, les cellules de la partie lésée présentent, sous l'influence de l'agent phlogogène, des troubles fonctionnels divers, parmi lesquels il en est deux de bien établis :

1° Augmentation de la natalité cellulaire.

2°. Augmentation de la mortalité cellulaire.

Ces deux variations opposées, se compensent rarement sur le même point, l'une ayant une prédominance marquée sur l'autre.

De fait, il n'est pas rare de rencontrer côte à côte, en pathologie utérine en particulier, ces deux phénomènes de formation et de destruction cellulaires exagérées et de voir la réalité de ceux-ci se manifester objectivement par la présence, en des points voisins, d'une ulcération et d'une végétation quelconques. Contrairement à l'opinion de Chomel et de Courty, il est donc généralement admis aujourd'hui que l'endométrite granuleuse, polypeuse, l'engorgement, le ramollissement, l'ulcération du col, le catarrhe utérin ne forment pas de maladies distinctes et ne sont que des modalités différentes d'un même processus. Ces lésions diverses se rattachent toutes à une même cause : l'irritation de la muqueuse utérine par l'action de microbes pathogènes.

Lorsque, pour une cause ou pour une autre, l'inflammation

persiste pendant longtemps, il est rare qu'elle reste localisée à la muqueuse utérine ; elle se propage plus ou moins vite au muscle utérin et détermine diverses altérations de structure qu'il est très difficile, sinon impossible, de faire disparaître. A ce point de vue, le col paraît plus susceptible que le corps. Il n'est pas rare de le voir s'hypertrophier consécutivement à une endométrite cervicale de quelque durée.

Cette lésion du col est signalée expressément par Cornil. Elle est constituée surtout par l'hyperplasie du tissu conjonctif sous-muqueux et intermusculaire. C'est une des deux causes génératrices de l'ectropion, l'autre étant constituée par le boursouflement de la muqueuse.

Certains auteurs décrivent à part la métrite du corps et celle du col. C'est une division arbitraire, car le plus souvent elles sont associées.

Telle est l'opinion de nombre d'auteurs et notamment de Pozzi (1). D'après cet auteur, si l'inflammation n'est pas exclusivement localisée au col, elle y est néanmoins prédominante.

Cela doit paraître assez naturel si l'on considère que cette partie de la matrice est la plus exposée aux causes d'infection.

Au point de vue de l'anatomie pathologique microscopique, on a décrit (2) plusieurs formes d'endométrite chronique :

1° Les lésions portent surtout sur l'élément épithélial de la muqueuse, les glandes s'allongent et se contournent sur elles-mêmes : *endométrite glandulaire*.

2° La prolifération cellulaire peut porter sur les éléments

---

(1) Pozzi, loco citato, page 153.

(2) Pozzi, loco citato.

conjonctifs de la muqueuse : endométrite interstitielle. Ici les glandes étouffées par l'hyperplasie du tissu conjonctif et par sa rétraction inodulaire consécutive, ne tardent pas à être très réduites. En certains points elles apparaissent kystiques : *endométrite interstitielle.*

3° La muqueuse peut être à la fois atteinte dans ses éléments glandulaires et dans son tissu conjonctif interstitiel : *endométrite mixte.*

Dans cette forme, comme dans la première, l'élément glandulaire a acquis un grand développement ; mais, tandis que dans le premier cas il y avait seulement augmentation de la longueur et peut-être du nombre des glandes, le calibre de celles-ci étant à peu près régulier, dans la présente forme les glandes atteintes se sont déformées, elles ont subi pour la plupart la dégénérescence kystique, leur volume s'est agrandi énormément ; de telle sorte que, dans cette variété, la muqueuse atteint toujours une grande épaisseur. C'est aussi à cette dégénérescence kystique glandulaire qu'est dû l'aspect tomenteux, fongueux, polypeux de la muqueuse, aspect bien connu et bien décrit par Récamier. A cause de cet aspect de la muqueuse dans cette forme, celle-ci est quelquefois désignée sous le nom d'endométrite polypeuse.

Quelles que soient les lésions microscopiques que l'on puisse noter dans l'endométrite chronique, voici, en général, ce qu'on peut voir à un examen pratiqué à l'œil nu. Cette description, empruntée aux *Leçons sur les métrites* de Cornil, se rapporte dans son ensemble à la forme glandulaire d'endométrite chronique, qui est la plus fréquente. (Dans la forme interstitielle, l'aspect de la muqueuse est plus lisse et sa consistance plus molle).

« La muqueuse, dit Cornil, n'a pas l'apparence blanchâtre, la surface lisse et la raideur spéciale qu'elle présente à l'état normal. Elle est inégale à sa surface ; elle est boursouflée,

molle, pulpeuse, ressemblant par son aspect et sa consistance à de la gelée de groseille ; la coloration est quelquefois plus foncée et l'on a alors l'apparence d'une couche de sang transformée en caillots noirâtres, mous, cruoriques. Cette couche mollasse, formée par la muqueuse enflammée, se déplace facilement sous le scalpel, comme s'il s'agissait d'un tissu ramolli. Il est facile de l'enlever, de la dilacérer avec une faible traction. Une congestion intense se voit dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans l'interstice des fibres musculaires ; mais elle atteint son maximum au niveau de la face profonde de la muqueuse, où elle est extrêmement prononcée. Si l'on sectionne la muqueuse nettement, avec un couteau bien affilé, et qu'on observe la surface de coupe, il est très difficile de distinguer la muqueuse d'avec le muscle, ces deux parties ayant un aspect à peu près analogue. On arrive toutefois à les différencier en dilacérant doucement la surface utérine avec une curette ; la muqueuse s'enlève, en effet, tandis que le tissu musculaire résiste à l'action de l'instrument.

» Lorsque l'on a fait durcir la pièce dans l'alcool pour fixer les parties et qu'on a pratiqué des coupes, on peut s'assurer que la muqueuse est plus ou moins considérablement épaissie. Lorsqu'en effet, les coupes ont été colorées au picro-carmin, l'épaisseur de la muqueuse apparaît nettement à l'œil nu. Elle a une couleur un peu jaunâtre qui la différencie de la couche musculeuse, qui est rouge. Elle est, en outre, plus transparente, surtout sur sa couche profonde, ce qui est dû aux lacunes microscopiques que présentent les tubes glandulaires. Pour bien apprécier ces détails à l'œil nu, il suffit de regarder en face du jour une préparation colorée au picro-carmin. On constate ainsi que la muqueuse atteint une épaisseur de 2, 3, 4, 5 millimètres, quelquefois même de 1 centimètre, tandis qu'elle n'a pas plus de 1 millimètre à l'état normal. Sa surface, examinée sur ces coupes, au lieu d'être lisse, est devenue fongueuse et présente

des saillies bosselées et des dépressions d'aspect mollasse. Les végétations pathologiques de la surface ont reçu les noms de villosités, productions villeuses, fongosités, végétations, et la maladie a ainsi été appelée métrite *villeuse, fongueuse, granuleuse, végétante*. Ces végétations sont parfois considérables ; elles ont une forme arrondie, allongée et deviennent parfois de véritables polypes qui peuvent être sessiles ou pédiculés. Dans d'autres cas, à côté de ces productions nouvelles, on voit de petits kystes du volume d'une tête d'épingle, tout-à-fait analogues aux œufs de Naboth, qui sont si communs dans la cavité cervicale et à la surface du museau de tanche et qui reconnaissent la même origine glandulaire. Ils diffèrent toutefois de ces derniers par la qualité du liquide qu'ils renferment. Leur contenu est d'ailleurs plus liquide, plus séreux, moins consistant, moins gélatiniforme que dans les œufs de Naboth, du col utérin. Les petits kystes glandulaires du corps de l'utérus s'observent plus souvent dans la métrite interne des femmes âgées que dans celles des jeunes femmes.

» Tel est l'aspect microscopique de la muqueuse utérine chroniquement enflammée. »

L'anatomie pathologique de la muqueuse du col présente une particularité très importante, tenant au développement considérable qu'acquièrent quelquefois les glandes de la portion cervicale sous l'influence de l'inflammation. Quelques-unes de ces glandes, encombrées, d'une part, de produits de sécrétions, d'autre part, étranglées en un point quelconque de leur trajet par la sclérose du tissu conjonctif ambiant, subissent la transformation kystique.

« Tous ces kystes ont une paroi externe formée de tissu » fibreux lamellaire, à faisceaux parallèles comme dans tous » les kystes anciens. Ceux à contenu sébacé ont leur cavité » tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié, très épais : » on peut compter par places jusqu'à quinze et vingt couches.

» Les cellules qui constituent ce revêtement sont claires, d'ap-
» parence cornée, ont un noyau très net, mais petit, atrophié ;
» elles sont entourées d'une membrane d'enveloppe très épaisse,
» ce qui donne à cet épithélium l'aspect d'un tissu végétal.

» Les kystes à contenu muqueux, transparent ou opaque, ne
» sont tapissés que par une couche d'épithélium cylindrique,
» sans cils vibratils. » (Cornil).

Il arrive assez souvent que ces utricules glandulaires agrandis, et dont le canal excréteur est oblitéré, s'enfoncent profondément dans l'épaisseur du tissu musculaire du col, et viennent apparaître à la face externe de celui-ci sous la muqueuse vaginale, à travers laquelle on peut les apercevoir par transparence, lorsqu'on pratique l'examen au spéculum.

« Les productions kystiques de la partie vaginale du col,
» quand elles ont un aspect purulent, renferment des germes
» pathogènes. » (1).

---

(1) Giudicelli. Des kystes de la partie vaginale du col. Thèse de Bordeaux, 1891.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Au point de vue étiologique, l'endométrite reconnaît généralement pour cause essentielle une infection microbienne.

Cette infection peut être favorisée ou au contraire gênée, ou même totalement empêchée par certains états dynamiques ou somatiques de la muqueuse utérine.

« La maladie, a dit Bouchard (1), est la manière d'être et d'agir de l'organisme, à l'occasion de l'application de la cause morbifique. » Ce principe de pathologie générale s'applique très bien à l'endométrite, et l'on peut dire de celle-ci qu'elle est l'expression de la manière d'être et d'agir de l'utérus à l'occasion de l'agression microbienne dont il est victime.

Il est donc rationnel d'essayer de faire le départ de ce qui revient, dans l'endométrite, à l'utérus, organe assailli, et aux microbles, agents agresseurs.

1° Utérus.

La muqueuse utérine présente des conditions physico-chimiques (chaleur, humidité, alcalinité légère), très propices au développement des bactéries. Cependant, malgré la présence constante ou à peu près constante de microbes pyogènes, non-seulement dans le vagin, mais encore dans le col utérin, la

(1) Introduction au Traité de Nothnagel et Rossbach, page XX.

muqueuse utérine reste indemne tant que son revêtement épithélial reste intact. Qu'au contraire, celui-ci vienne à présenter une fissure, et l'infection pourra avoir lieu.

Cette effraction complète du revêtement protecteur pourra se produire à l'occasion de la mue épithéliale, menstruelle, mais elle aura sûrement lieu après un avortement ou un accouchement.

Quant aux ulcérations diathésiques de l'utérus, on conçoit très bien la possibilité qu'une vésicule d'eczéma ou d'herpès, un syphilôme primitif ou secondaire, etc., puissent ouvrir la porte à une invasion microbienne.

Le même résultat pourra être obtenu par des causes d'un autre ordre.

Une exploration hystérométrique, un cathétérisme utérin pratiqué dans un but quelconque, peuvent tout à la fois déterminer une éraillure épithéliale et introduire dans l'utérus des germes pathogènes.

Des diverses causes que nous venons d'énumérer rapidement, il en est deux qui jouent un grand rôle dans l'étiologie des endométrites. Ces deux causes d'ordre majeur sont, l'avortement et l'accouchement.

On les trouve presque constamment dans l'étiologie des endométrites non blennorrhagiques. On sait, en effet, que pour le développement de ces dernières, le contage a raison d'un utérus, même protégé par un épithélium intact. Bazy (1) dit textuellement : « Les causes les plus fréquentes, sinon les seules, de la métrite muqueuse, sont la blennorrhagie, ou un accouchement, ou un avortement. »

---

(1) Bazy. Clinique des maladies des voies urinaires. Bulletin Médical 91, page 527.

2° Microbes

L'étude des microbes de l'endométrite, bien que de date relativement récente, a déjà donné de nombreux faits positifs.

Non seulement la réalité, mais encore l'importance capitale du rôle joué par les infiniment petits dans le développement des maladies de l'utérus et de ses annexes, a été démontrée par les immenses progrès que la thérapeutique gynécologique a réalisés sous l'influence des notions pastoriennes.

Si, aujourd'hui, on n'est pas absolument fixé sur l'état civil de tous les microbes trouvés dans le canal génital de la femme, on sait néanmoins d'une façon certaine que leur présence est nécessaire pour qu'une endométrite puisse se développer.

A l'origine de ces recherches, nous trouvons le nom de Pasteur (1), qui démontra que les lochies des femmes saines sont exemptes de microbes, tandis qu'ils pullulent dans celles des femmes malades.

En 1887, Goënner de Bâle (2) fait connaître qu'il a trouvé des streptocoques dans des cas de fièvre puerpérale et les a cultivés facilement. En 1888, Doderlein (3) publie un travail sur le même sujet. Il puisait les lochies dans la cavité utérine elle-même et en pratiquait la prise en s'entourant des précautions les plus minutieuses pour élaguer les souillures vaginales.

Il a constaté ainsi que, lorsque les suites de couches étaient normales, lorsque la température ne dépassait pas 38°, le liquide puisé dans l'utérus ne contenait pas de germes ; qu'au

---

(1) Doléris. Thèse de Paris 1880, p. 95.
(2) Centralbl. f. Gynécol., 1887, n. 28.
(3) Centr. f. Gynéc., 1888, n. 23 et 28.

contraire, bacilles et cocci étaient abondants lorsqu'il y avait hyperthermie.

D'autres encore, Straus et Sanchez Toledo (1), Péraire (2) ont publié des recherches confirmatives des précédentes « Il est donc bien établi, dit Pozzi (3), que dans la métrite septique, ou, pour mieux dire, dans l'infection de la muqueuse utérine qui peut succéder à l'accouchement ou à l'avortement, l'origine des accidents est dans une prolifération de microbes pathogènes, et la métrite proprement dite qui persiste après l'état puerpéral, est due à la persistance de ces germes. »

Ce qui est bien prouvé, c'est que les métrites puerpérales et les endométrites qui leur font suite sont provoquées par des microbes. Mais ceux-ci, d'où viennent-ils? Proviennent-ils de l'extérieur, ou préexistent-ils dans le canal génital de la femme, attendant, pour ainsi dire, sur les lieux qu'une brèche faite dans le rempart épithélial protégeant l'utérus, leur permette de pénétrer dans son intérieur et de l'infecter ? En d'autres termes, les germes sont-ils endogènes ou exogènes ?

Les recherches récentes ont montré qu'il pouvait y avoir auto-infection, hétéro-infection et infection mixte.

A. *Hétéro-infection*. — L'endométrite blennorrhagique est presque toujours due à une hétéro-infection. Cependant on comprend qu'elle puisse se produire par auto-infection, lorsque l'utérus ayant été guéri d'une première atteinte par un curettage ou une cautérisation, est réinfecté par l'agent blennorrhagique dont on avait méconnu la présence dans un annexe, dans une trompe le plus souvent.

Les bactériologistes s'accordent généralement à admettre

---

(1) Ann. de l'Inst. Pasteur, II, p. 426.

(2) Des endométrites infectieuses. Th. de Paris, 1889.

(3) Traité de gynécol., p. 167, 1890.

que le gonocoque de Neïsser est l'agent spécifique du pus blennorrhagique. Neïsser, Bouchard, Bockar, Bockaï, Bûmm, etc., l'ont trouvé dans le pus blennorrhagique et ne l'ont trouvé que dans ce pus.

Ils ont réussi à le cultiver, mais seuls Bockar et Bümm sont parvenus à reproduire la blennorrhagie avec des cultures pures. Le cas de Bockar n'est pas très probant, et de plus, il est unique. Bümm aurait réussi une inoculation typique, mais il ne cite, lui aussi, qu'un seul cas.

Dans ces derniers temps, Vibert et Bordas (1), Héraud (2) ont publié des travaux qui tendraient à démontrer que le gonocoque de Neïsser n'a pas le rôle spécifique qu'on a voulu lui attribuer. Ils l'auraient notamment trouvé dans des écoulements, qui, d'après eux, n'étaient pas blennorrhagiques.

Nous ne pouvons ici discuter leurs arguments, mais nous dirons seulement que ceux-ci ne nous ont pas paru convaincants.

Qu'il nous soit permis de dire qu'au dispensaire municipal d'Alger, établissement affecté au traitement des filles publiques malades, nous avons pris comme principe d'examiner au microscope, à l'instigation de notre chef de service, M. le professeur Rey, les écoulements des femmes qui entrent en hospitalisation. Or, dans les blennorrhagies typiques, nous trouvons toujours le gonocoque, et nous constatons le plus souvent son absence dans le cas où l'écoulement revêt la forme d'une leucorrhée vaginale simple. Nous avons trouvé le gonocoque de Neïsser dans le pus de l'uréthrite, de la vulvite, de la bartholinite, de la vaginite et de l'endométrite.

---

(1) Société de médecine légale. Séance du 12 janvier 1891.

(2) Société de dermatologie. Compte-rendu du Bulletin Médical, 1890, page 344.

Le plus souvent il se trouve associé à quantité d'autres microbes, streptocoques, staphylocoques, etc., mais ceux-ci diminuent et semblent même disparaître très vite sous l'influence de lavages antiseptiques vulvaires et vaginaux auxquels nous soumettons la femme. De sorte qu'un examen microscopique du pus blennorrhagique fait deux ou trois jours après ces pratiques antiseptiques, ne présente le plus souvent, comme microbes, que les seuls gonocoques.

La leucorrhée vaginale simple se distingue au microscope par une faible quantité de globules de pus, beaucoup de cellules épithéliales, et des micro-organismes divers. En dehors des cellules épithéliales qui se voient toujours en très grand nombre, on rencontre tantôt des nuages constitués par des quantités innombrables de staphylocoques, à l'exclusion d'autres microbes, tantôt un mélange de staphylocoques, streptocoques et bacilles de diverses formes.

Abstraction faite de la blennorrhagie, dont l'agent est, dans le plus grand nombre de cas, exogène, l'hétéro-infection est encore fréquente.

Elle est prouvée d'une façon indirecte par la clinique. Léopold (1), notamment, a constaté une diminution énorme de la morbidité dans son service, depuis qu'il ne laisse plus examiner les femmes en couches.

Pozzi a vu plusieurs fois, dans le service de Broca, des épidémies de fièvre puerpérale suivies ou précédées de petites épidémies d'érysipèle.

Dans des faits étudiés par Pfannenstiel (2), ces métrites infectieuses se sont montrées, en effet, dans des salles hospitalières où, peu de temps avant, avait existé une endémie d'origine tonsillaire.

---

(1) D'après Pozzi. Traité de gynécologie, page 167.

(2) Cité dans Traité de gynécologie de Pozzi, page 169.

B. *Auto-infection.* — Existe-t-il normalement des microbes pathogènes dans le canal génital de la femme? On doit répondre affirmativement.

La démonstration en a été faite par Winter, qui, ainsi que Haussmann, Küstener, Lommer et Bümm, a vu que le vagin et le col contiennent une grande quantité de germes, mais que de plus, dans la moitié des cas environ, parmi ces germes, il en est de pathogènes. Ceux-ci sont représentés par trois espèces de streptocoques (str. pyogenes, albus, citreus, aureus), et par divers genres de staphylocoques. Si l'on prend en considération la compétence particulière de l'auteur, les soins minutieux dont il s'est entouré pour faire ses recherches, le nombre considérable de matériaux dont il disposait à la clinique de Berlin, l'état de parfaite conservation de ses matériaux, trompes ou matrices, provenant d'opérations chirurgicales, qu'il recevait directement des mains des opérateurs, on doit accorder aux constatations de Winter, dit Pozzi, une très grande valeur.

La présence si fréquente de microbes pathogènes dans le vagin et le col utérin des femmes enceintes étant établie, comment peut-on expliquer la rareté relative des cas de septicémie puerpérale?

On a invoqué :

1° Une espèce de nettoyage qui se produirait pendant l'accouchement. Le liquide amniotique, expulsé avec force de l'utérus et passant en quantité à la fois et sous pression dans le vagin, distendrait, étalerait les parois de ce conduit, et en opérerait le lavage ; le corps de l'enfant passant ensuite à frottement serré dans ce même conduit, enlèverait les microbes qui n'auraient pas été entraînés par l'inondation amniotique.

2° Une atténuation des microbes pathogènes contenus dans

le vagin et le col utérin. Les recherches directes de Winter ont prouvé la réalité de cette atténuation.

Mais ces microbes pathogènes, domestiqués pour ainsi dire, peuvent reprendre facilement leurs propriétés nocives ordinaires, lorsque, par exemple, des débris de placenta ou des caillots sanguins restent longtemps dans le canal génital de la femme, constituant ainsi un milieu nutritif très favorable à l'exaltation de leur virulence.

TRAITEMENT

De ces notions d'étiologie découlent de très importantes conséquences de prophylaxie et de thérapeutique curatrice. A l'heure actuelle, on peut dire qu'une femme enceinte étant confiée aux soins d'un accoucheur, celui-ci possède des moyens assez précis et assez sûrs pour pouvoir affirmer que, quoi qu'il arrive, accouchement à terme, accouchement prématuré, avortement, l'expulsion du produit de la conception se fera dans de telles conditions que ni septicémie puerpérale, ni métrite muqueuse consécutive ne sont à craindre. On voit par là combien le champ de la thérapeutique curatrice se restreindrait si on appliquait dans tous les cas d'avortement et d'accouchement une prophylaxie rationnelle.

La connaissance de l'étiologie des endométrites a aussi une importance majeure pour le traitement curatif de ses maladies. Supposons-nous, en effet, appelé à soigner un cas d'endométrite. Des indications thérapeutiques multiples nous seront fournies par l'état général de la malade, par les diathèses dont elle peut être atteinte, par la forme clinique que peut revêtir son affection utérine et les différents symptômes que cette affection peut produire. Mais ces diverses indications peuvent varier dans chaque cas. Par contre, il en est deux autres qui persistent toujours. Elle se déduisent de cette double nécessité : dans l'endométrite chronique, les lésions de la muqueuse sont telles qu'on ne peut songer à restituer à l'utérus ses fonctions et sa structure normales qu'en lui faisant

faire peau neuve, c'est-à-dire en provoquant la chute, la destruction de cette muqueuse à vitalité et à structure déviées et son remplacement par une nouvelle muqueuse s'édifiant à l'abri des germes qui ont déterminé l'état pathologique de la première.

Donc double nécessité :

1° Il faut déterminer l'élimination de la muqueuse malade.

2° Cette élimination doit se faire sous le couvert de l'antisepsie.

L'obligation de cette dernière condition nous semble évidente.

Quant à la première, nous ajouterons ceci : avant que la destruction de la muqueuse utérine par le curettage ou par les caustiques fût recherché comme moyen de guérison des endométrites chronique, celles-ci étaient considérées comme à peu près incurables par des gynécologistes éminents, notamment par Scanzoni, qui prétendait qu'il n'avait jamais vu guérir la métrite chronique.

« L'endométrite chronique, dit Demarquay, n'a aucune tendance à la guérison ; elle peut déterminer des métro-péritonites, des ovarites suppurées du pronostic le plus sombre ; elle occasionne la stérilité et provoque l'avortement. »

Et Demarquay ayant constaté, d'une part, cette tendance qu'ont les endométrites à persister et même à s'aggraver de plus en plus avec le temps, et, d'autre part, les brillants résultats que donne une intervention rationnelle basée sur ces deux principes : 1° nécessité de détruire la muqueuse malade ; 2° nécessité de procéder à cette destruction sous le couvert de l'antisepsie, est-il un partisan convaincu d'une intervention locale active dans le traitement du catarrhe utérin ou de la métrite hémorragique.

Cette double indication peut être remplie de différentes

façons. Ainsi actuellement deux méthodes principales se trouvent en présence : le curettage et les cautérisations.

Le curettage jouit, de nos jours, d'une grande faveur parmi les gynécologistes. Il est certain que c'est là une excellente méthode, qui compte à son actif de très nombreux succès.

Dans la dernière méthode, dans la cautérisation, la destruction de la muqueuse et l'antisepsie sont assurées du même coup, les caustiques étant généralement des antiseptiques ; tandis que le curettage pur et simple ne peut avoir d'autre effet que d'enlever la muqueuse, d'où la nécessité, pour faire l'antisepsie, d'ajouter au curettage l'emploi d'agents complémentaires.

A ce point de vue il est indéniable que la supériorité appartient aux caustiques ; mais ceux-ci présentent encore sur le curettage d'autres avantages d'un ordre plus pratique.

Si nous considérons, en particulier, l'emploi des crayons au nitrate d'argent, on est forcé de reconnaître :

1° Qu'il est bien plus facile et bien plus simple d'introduire et de laisser à demeure un crayon de nitrate d'argent dans la cavité utérine, que de pratiquer le curage de ce conduit. Pas n'est besoin pour cela d'habileté opératoire exceptionnelle, ni d'un arsenal chirurgical bien riche. Point extrêmement important : il n'est pas indispensable de se pourvoir de l'aide d'un confrère, comme cela est nécessaire pour le grattage utérin.

2° C'est un traitement qu'il est bien plus aisé de faire accepter que son rival. Il est inutile, croyons-nous, d'insister beaucoup sur ce point : le premier a l'apparence la plus anodine, tandis que le second nécessite l'emploi de curettes plus ou moins tranchantes et de pinces à griffes plus ou moins aiguës.

La femme atteinte d'endométrite ne se résoudra souvent à se laisser *curer* que lorsque son affection se sera invétérée et présentera de bien moins nombreuses chances de guérison, sans compter qu'en temporisant elle court le risque de voir sa

maladie gagner les annexes de l'utérus et échapper par là à un traitement qui aurait fait merveille si on avait moins retardé son application. Elle acceptera, au contraire, volontiers le traitement par le crayon mitigé ou pur.

3° Enfin la chloroformisation est inutile.

Donc, pour toutes ces raisons, si les résultats que l'on peut obtenir par les cautérisations étaient comparables à ceux que peut donner le curettage, il est certain *qu'en thèse générale,* on devrait accorder la préférence aux cautérisations.

Nous croyons avoir démontré, par l'historique de la question et par nos observations personnelles, que ces résultats ont été excellents lorsqu'on a employé certains caustiques, en particulier le nitrate d'argent, plus ou moins mitigé, laissé à demeure dans la cavité utérine.

A priori, on conçoit très bien que le caustique idéal devrait avoir les qualités suivantes :

1° Son absorption au niveau de la muqueuse utérine ne devrait présenter aucun danger d'intoxication ;

2° Être maniable, de préférence solide, pour que la cautérisation soit plus facilement localisable ;

3° Avoir des propriétés chimiques telles, qu'après avoir détruit une certaine épaisseur de muqueuse il soit décomposé par les sucs cellulaires et transformé en corps ne possédant plus le pouvoir de cautériser les tissus.

4° Avoir une action antiseptique suffisante ;

5° Avoir une action caustique assez puissante pour pouvoir détruire toute l'épaisseur de la muqueuse utérine, si cela est nécessaire.

Le nitrate d'argent possède ces différentes qualités : maniable, n'ayant jamais donné lieu à des accidents d'intoxication, il jouit de ce précieux privilège, dans le cas particulier, de se transformer rapidement au contact de la muqueuse en corps insolubles, tels que le chlorure ou l'albuminate d'argent, les-

quels ne possèdent plus le pouvoir de détruire les éléments cellulaires.

Le chlorure de zinc, remis en honneur dans ces dernières années par Polaillon et Dumontpallier, ne possède pas cette propriété de se transformer au contact des humeurs de l'organisme. Son action, après s'être exercée sur la partie la plus superficielle de la muqueuse, agit ensuite sur la partie qui est mise à nu, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la dilution de plus en plus grande du chlorure de zinc par les liquides exsudés dans la cavité utérine ait fait disparaître son pouvoir destructeur. Mais, comme dans chaque cas particulier on ne peut prévoir la rapidité de l'exsudation de ce liquide dans la cavité de la matrice, on ne peut prévoir non plus si l'attaque de la muqueuse par le chlorure de zinc se fera sur une plus ou moins grande profondeur.

La transformation du nitrate d'argent en chlorure d'argent est basée sur un fait plus fixe, c'est sur la richesse considérable et à peu près constante des humeurs de l'organisme en chlorure de sodium. Ainsi, pour le sérum sanguin, par exemple, la proportion de chlorure de sodium est de 57 pour 100 parties de sels (1).

Comme antiseptique dans les affections des organes génito-urinaires, l'azotate d'argent occupe un rang très honorable. La clinique, devançant les expériences directes, avait parfaitement démontré depuis bien longtemps la réalité de ce fait. Ce n'est pas d'aujourd'hui que sont connus les excellents résultats obtenus par l'emploi du nitrate d'argent, notamment par Diday et Guyon, dans le traitement des uréthrites aiguës ou chroniques, et la supériorité indiscutable de cet agent dans celui des ophtalmies purulentes.

---

(1) Berlioz. Manuel de thérapeutique, pag. 234.

Des expériences de laboratoire ont confirmé et précisé le pouvoir microbicide des solutions argentiques. Ainsi de l'urine, dit M. Guyon dans une de ses leçons à Necker, exposée à l'air dans des tubes ouverts, et certains de ces tubes ayant été additionnés de quelques gouttes d'une solution argentique au 1/100, on constate que dans les tubes argentiques l'urine ne s'altère pas, alors que dans les autres tubes elle subit les altérations habituelles.

De même pour les instruments.

On ensemence divers tubes, avec des morceaux d'une sonde qui est restée exposée à l'air après avoir servi à un prostatique. Avant d'être introduits dans les tubes, quelques-uns de ces fragments ont subi une immersion dans une solution argentique ; les autres n'ont éprouvé aucune manipulation. Les premiers ont donné lieu au développement de colonies microbiennes, tandis que les derniers ont été stériles.

Des bouillons de culture additionnés de solutions argyriques, ensemencés avec divers microbes, tels que le *staphylococcus aureus* et la bactérie pyogène, n'ont pas cultivé.

Enfin, l'addition de nitrate d'argent à des cultures vivantes, a eu pour résultat de les rendre inertes.

Le nitrate d'argent, employé comme caustique de la muqueuse utérine, n'a jamais donné lieu à des accidents d'intoxication. C'est un point qui a son importance, car on a fait usage quelquefois d'autres caustiques qui n'ont pas toujours été inoffensifs à ce point de vue. Ainsi le nitrate acide de mercure, qui a servi souvent à cautériser les granulations et les ulcérations du col, a amené parfois la salivation, même après des applications rares et peu abondantes (Chomel, Hardy, Aran, Courty).

Quant aux propriétés escharotiques du nitrate d'argent, elles sont bien établies et bien certaines. A la suite d'applications de crayons purs, nous avons recueilli des eschares dont l'épaisseur mesurait plusieurs millimètres. L'une d'elles, provenant

du vagin (1), nous a paru tout particulièrement propice pour pratiquer des coupes microscopiques. Celles-ci ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Kiener ; elles nous ont permis de constater que non-seulement l'épithélium était détruit, mais encore que le derme l'était aussi sur une assez grande profondeur. La couche épithéliale du vagin est cependant très épaisse et constituée par de nombreuses assises de cellules polygonales, analogues aux cellules du corps muqueux de Malpighi.

Nous avons eu la confirmation de l'action destructive du crayon argentique en en plaçant un dans l'utérus d'une chienne. Celui-ci, après avoir subi l'action de l'agent caustique pendant 24 heures, fut enlevé, et il nous fut facile de voir que les tissus étaient détruits, d'une façon à peu près uniforme, sur une profondeur de 3 ou 4 millimètres.

De ces constatations il ressort bien clairement que le crayon pur, laissé à demeure dans la matrice, peut parfaitement détruire la muqueuse de cet organe, même lorsqu'elle est hypertrophiée.

Il convient donc de commencer les cautérisations avec le crayon mitigé au 1/3 ou au 1/2, quitte à placer, en dernier ressort, un crayon pur si l'endométrite n'a pas cédé à l'action du crayon mitigé.

---

(1) Le tampon destiné à garantir le vagin contre l'action du crayon s'était déplacé, à cause de l'indocilité de la femme qui, au lieu de rester au lit après l'application du nitrate, avait marché pendant une partie de la journée.

TECHNIQUE

Les soins préparatoires à faire prendre à la femme sont les mêmes que ceux recommandés pour le curettage. Pendant quelques jours avant l'opération, lavages quotidiens du vagin et de l'orifice du col avec la liqueur de Van-Swieten au 1/3 ou au 1/4.

Le vagin étant nettoyé, on y place un tampon d'ouate ayant séjourné dans la même liqueur et on l'y laisse jusqu'au lavage suivant.

L'époque la plus favorable à l'intervention est le milieu de la période intermenstruelle.

L'introduction du crayon doit être précédée de l'hystérométrie, qui renseigne sur la longueur à donner au crayon, sur la direction du canal cervico-utérin et sur l'état de dilatation des orifices. Si celle-ci est imparfaite, on peut la rendre suffisante à l'aide de divers procédés, par la laminaire, les bougies de Hegar, le dilatateur d'Hellinger, etc. Dans le plus grand nombre de cas, l'hystérométrie suffit. Avant de placer le crayon, il convient d'enlever, autant que faire se peut, le muco-pus qui encombre le col et qui empêcherait le contact du caustique avec les parois de l'organe. On y parvient souvent en pratiquant, avec les valves du spéculum de Cusco, quelques mouvements de pression sur le museau de tanche, qui ont pour résultat de le *traire* pour ainsi dire. Le crayon est alors introduit dans la matrice au moyen d'une pince à pansement utérin. Dans le cas où il est un peu trop long, on casse, par un mouvement brus-

que, la partie qui n'a pas pénétré dans le col. Quelques tampons sont alors placés dans le vagin et disposés de telle sorte qu'ils empêchent le contact du crayon avec la paroi postérieure de ce conduit et par conséquent la cautérisation de cette paroi.

A moins de complications imprévues, le premier pansement n'est fait que 48 heures après l'intervention. Il est renouvelé ensuite tous les jours et il consiste en lavages vaginaux avec la liqueur de Van-Swieten au 1/4 ou au 1/5e, tiède ; en applications de poudre d'iodoforme sur l'orifice externe du col et dans l'introduction d'un tampon de coton dans le vagin. Ce tampon est laissé en place jusqu'au pansement suivant.

Le crayon de nitrate d'argent pur ne doit être employé que dans les cas d'endométrite rebelle et invétérée. Pour notre compte, nous ne l'avons laissé à demeure dans la cavité utérine que dans trois cas. Dans les autres, nous nous sommes servis de crayons mitigés contenant une partie de nitrate d'argent pour deux parties de nitrate de potasse. Laroyenne a fait usage d'un crayon à 1/2.

Pendant l'introduction du crayon, il est bon de faire maintenir l'utérus au moyen d'une main appliquée sur l'hypogastre.

Repos au lit pendant 5 à 10 jours, suivant l'intensité de la cautérisation. Nous croyons qu'il est prudent de ne jamais se départir de faire de formelles recommandations à ce sujet.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A. — Indications

Le crayon de nitrate d'argent est indiqué dans les diverses formes cliniques suivantes :

Métrites blennorrhagiques, catarrhales, hémorragiques et parenchymateuses, surtout lorsqu'avec celles-ci coexiste du catarrhe purulent.

Au total il donne d'excellents résultats dans tous les cas où il est nécessaire de modifier énergiquement la muqueuse utérine.

I. — *Métrite blennorrhagique aiguë ou chronique.* — C'est la forme dans laquelle le nitrate d'argent réussit le mieux, surtout lorsqu'il s'agit d'une première atteinte d'endométrite gonococcienne.

II. — *Métrite catarrhale, catarrhe purulent.* — Courty préconisait fortement le nitrate d'argent dans cette affection. Les guérisons les plus nombreuses qu'il a eu à enregistrer se rapportaient même à des cas de ce genre.

III. — *Métrite hémorragique.* — A ce sujet, voici à peu près ce que dit R. Blanchard, dans sa thèse inaugurale (étude faite sous l'inspiration de Laroyenne) : Nous pouvons affirmer que les symptômes de la métrite hémorragique cèdent assez rapidement à l'introduction du nitrate d'argent solide dans la

cavité utérine ; c'est dans des cas semblables que le crayon abandonné dans la cavité de la matrice a donné de fréquents succès.

Nous avons personnellement trois observations qui corroborent ce jugement.

IV. *La métrite parenchymateuse s'accompagne de catarrhe purulent.* — Dans cette association, qui est assez fréquente, le catarrhe purulent est le plus souvent considérablement amoindri, quelquefois complètement réfréné par le crayon de nitrate d'argent à demeure. Cependant nous reconnaissons que dans cette forme, le col présentant de nombreux kystes glandulaires profondément situés, et servant de refuge à divers microbes pyogènes, l'opération de Schrœder combinée au curettage apparaît comme un procédé très rationnel pour amener la guérison complète.

D. Contre-indications

L'endométrite est simple ou compliquée de lésions siégeant soit dans les annexes de l'utérus, soit dans les organes circonvoisins. La cautérisation est toujours légitime en face de l'endométrite simple.

Comme complications, on peut se trouver en présence de :

1° *Collections liquides*, phlegmons du ligament large, salpingites suppurées, hématocèles, etc. Dans ces cas, il ne saurait y avoir de discussion, tous les auteurs sont d'accord pour repousser la cautérisation tout aussi bien que le curettage. Toute intervention dans ces conditions serait non seulement inutile, mais dangereuse.

2 *L'inflammation aiguë ou subaiguë des organes contenus dans le petit bassin.* — Ici encore pas de cautérisation. Peut-être pourrait-on faire une exception pour les ovaro-salpingites au début. Bouilly et Terrier (1), en effet, ont vu en pareils cas quelques guérisons être obtenues par le curettage.

3° *L'inflammation péri-utérine chronique.* — Celle-ci, d'après Courty, constitue aussi une contre-indication formelle à la cautérisation. Elle doit être recherchée, dit-il, avec d'autant plus de soins qu'elle présente un amoindrissement de symptômes et, en quelque sorte, une indolence trompeuse qui ne l'empêchent pas d'être exposée à des redoublements inflammatoires d'autant plus graves qu'ils se rattachent davantage au traumatisme. Pour nous, il nous a semblé que lorsque, d'une part, le palper n'a révélé la présence d'aucune tumeur péri-utérine, et quand, d'autre part, l'absence de tout phénomène réactionnel, tels que chaleur, douleur spontanée ou à la pression, etc., a permis d'élaguer l'existence d'une inflammation aiguë, on pouvait toujours pratiquer la cautérisation, alors même que le doigt aurait permis de constater un empâtement diffus léger du tissu cellulaire péri-utérin, et une diminution dans la souplesse, l'élasticité des culs-de-sac.

Les suites opératoires ont été des plus simples dans tous les cas que nous avons traités.

Les douleurs consécutives à l'introduction du crayon sont, en général, très légères. Ce fait mérite d'être retenu, car beaucoup de femmes ont la fâcheuse tendance de vaquer à leurs affaires, malgré les recommandations faites, sous prétexte qu'elles ne souffrent pas.

---

(1) Société de chirurgie, séance du 19 février 1890.

Pour notre compte, nous n'avons noté de complications qu'une seule fois et encore elles n'étaient pas la conséquence directe du traitement. Elles provenaient de ce que la femme, ne tenant pas compte de nos observations, n'était pas restée au lit le temps prescrit, d'où déplacement du tampon destiné à protéger le vagin contre le crayon et cautérisation de ce conduit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Hypertrophie et ulcération du col. — Catarrhe purulent. — Métrorrhagies. — Applications de crayons mitigés à demeure. — Amélioration.

Garnier (Françoise), 36 ans, cuisinière, sous la surveillance de la police des mœurs depuis deux ans, de constitution moyenne, réglée à 15 ans ; a eu une douleur au niveau de l'épaule gauche qui a duré trois mois et contre laquelle on a fait une application de pointes de feu. Les règles viennent tous les mois et durent en moyenne de 5 à 8 jours. Il y a environ trois ans, elle a contracté les fièvres palustres à Djidjelli (fièvres tierces) qui ont persisté environ un an. Pendant ce laps de temps, les règles revenaient tous les 15 jours. Depuis qu'elle est réglée, elle est atteinte de leucorrhée. Il y a deux ans, elle entre au dispensaire de Mustapha, où on constate un catarrhe utérin et une ulcération du col. Pendant son hospitalisation, elle a une forte ménorrhagie qui persiste pendant 18 jours. Nombreux caillots volumineux. Les pansements avec iodoforme, tannin, glycérine, etc., n'amenant pas la guérison, on applique, plusieurs mois après la production de la ménorrhagie sus-indiquée, des flèches de Canquoin (2 fois) dans la cavité utérine. La douleur consécutive à ces applications fut assez intense pour empêcher la marche pendant 48 heures chaque fois.

Malgré les flèches de Canquoin, persistance du catarrhe et de l'ulcération. Enfin, en dernier lieu, on appliqua quelques pointes de feu sur l'ulcération. La malade sort du dispensaire, le 4 décembre 1889, après un séjour de six mois. La leucorrhée a persisté après la sortie de cet établissement. Quant à l'ulcération, nous n'avons pu savoir si elle était guérie.

Pas de manifestations diathésiques actuelles. Ainsi que cela résulte des renseignements consignés plus haut, le catarrhe utérin remonte à l'époque de l'établissement des règles ; cette leucorrhée est quelquefois assez abondante pour mouiller les cuisses de la femme. Elle n'a pas de douleur dans le ventre, mais elle se plaint de tiraillements d'estomac, de faiblesse générale. Cet écoulement est le plus souvent de coloration blanchâtre, comme du lait.

Etat actuel. — Diagnostic du médecin sanitaire : catarrhe et métrite.

Le col est volumineux, de coloration fleurs de pêcher, non douloureux au toucher ; son tissu paraît friable et saigne au moindre contact, le pourtour de l'orifice est exulcéré.

La cavité du corps et du col sont libres. Leur ensemble a une longueur de 5 cent. 1/2.

L'écoulement est abondant et de coloration blanchâtre.

Les annexes ne présentent rien de particulier.

La muqueuse vaginale est de coloration rouge-pâle et couverte d'une desquamation blanchâtre.

L'état général n'est pas très mauvais. Il semble qu'il y ait du lymphatisme et que la leucorrhée soit en partie sous la dépendance de ce tempérament, des accouchements antérieurs et du métier spécial de la femme.

Aussi instituons-nous un traitement général reconstituant : sirop de fer, huile de foie de morue, etc. Antisepsie locale et application de crayons mitigés.

Elle a eu quelques accès de fièvres intermittentes qui ont

disparu à la suite de l'administration de quelques doses de quinine.

1 crayon mitigé le 2 avril.
— — 9 avril.
— — 20 avril.

Sort du dispensaire, le 9 mai, très améliorée.

Les applications de nitrate ont été infiniment moins douloureuses que celles de flèches de Canquoin, faites à l'hôpital de Mustapha.

Sous l'influence du traitement il y a eu une grande amélioration dans l'état local et général de la malade. Les tiraillements d'estomac, les douleurs erratiques qu'elle ressentait dans les différentes régions, ont diminué, sinon disparu complètement. L'appétit et les forces ont augmenté. Quant à l'état local, nous notons, à la sortie de la malade, que la coloration si particulière du col, coloration mixte jaune-rougeâtre, a fait place à une coloration plus franche, rose pâle.

L'aspect végétant, granuleux, des lèvres du col et de sa cavité a été remplacé par une apparence à peu près normale. Au lieu de l'écoulement blanchâtre, un peu purulent et très abondant, nous constatons l'existence d'une quantité beaucoup moindre d'un mucus hyalin, d'aspect normal. Le col a diminué de volume. La leucorrhée vaginale est à peu près tarie.

En résumé : amélioration notable, se traduisant par la diminution ou la disparition des troubles généraux, la suppression de la leucorrhée utérine et vaginale, l'amélioration de l'état de la muqueuse du col, qui a perdu son aspect végétant et granuleux, la cessation des métrorrhagies.

OBSERVATION II

Ulcérations du col. — Métrite hémorragique. — Applications de crayons mitigés. — Amélioration.

Germain (Augustine), 27 ans, repasseuse, réglée à 11 ans. Les menstrues avancent ou retardent, mais elles sont le plus souvent en avance. Douleurs de reins pendant la période cataméniale. Les règles duraient 8 jours en moyenne avant une grossesse qui a eu lieu il y a 9 ans. Depuis, leur durée n'est que de 4 ou 6 jours. Elle a eu deux couches, une il y a neuf ans (enfant mort à 4 mois et demi), l'autre il y a 6 ans (enfant vivant).

Elle a contracté la syphilis il y a 5 ans. Actuellement, elle a des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus.

Histoire particulière de la maladie utérine

Depuis sa dernière grossesse, elle a souvent des pertes de sang entre ses règles. Elles sont rarement assez abondantes pour obliger la malade à garder le lit, mais assez douloureuses (elle souffre surtout des reins) pour empêcher le travail. Elle a consulté plusieurs médecins et sages-femmes, qui ont conseillé des applications vaginales de solution de perchlorure de fer, de glycérine, etc.

Elle avait rarement de la leucorrhée ; en tout cas, celle-ci était peu abondante et se manifestait extérieurement, quand la femme restait longtemps debout, par un écoulement qui mouillait la vulve et très rarement les cuisses. L'appétit a diminué. Il existe des tiraillements et des crampes d'estomac, surtout après les repas. On note aussi des vertiges lorsque la femme se baisse, pour ramasser quelque chose par exemple.

Etat actuel local :

Le col est de volume normal, tout au plus un peu gros,

douloureux, rouge, et présente une ulcération peu profonde du museau de tanche. Cette lésion occupe le pourtour de l'orifice et a la dimension d'une pièce de 2 francs environ. La cavité utérine est libre et mesure environ 5 centimètres ; l'orifice interne laisse passer difficilement l'hystéromètre. Douleurs pendant le cathétérisme. Il ne semble pas qu'il y ait de déplacements de l'organe.

L'écoulement n'est pas très abondant ; celui-ci étant examiné au microscope, nous constatons la présence de gonocoques.

Traitement général : fer, quinquina, huile de foie de morue, etc.

Traitement local : antisepsie vaginale ; un crayon mitigé au 1/3 est introduit et laissé dans la cavité utérine le 31 mars ; un second le 9 avril ; le 14 avril, on touche l'ulcération du museau de tanche avec le crayon pur.

Sortie le 9 mai. — Amélioration. Diminution de l'ulcération du col. Les métrorrhagies se sont montrées plus rares et plus courtes.— Somme toute, la femme n'est pas guérie, mais seulement améliorée.

Nous regrettons de n'avoir pas pu la garder plus longtemps dans le service. Son cas, s'il avait été guéri par le crayon, nous aurait paru très probant, étant donné qu'il s'agissait de métrorrhagies invétérées durant depuis six ans déjà et ayant résisté à divers traitements.

OBSERVATION III

Catarrhe muco-purulent. — Métrite hémorragique. — Ulcération du col. — Deux cautérisations au crayon mitigé.— Disparition de la purulence de l'écoulement, très grande atténuation de l'ulcération. — Cessation des hémorragies.

Bonavie (Catherine), âgée de 19 ans. Pas d'enfants, réglée à 13 ans. Les menstrues ont cessé d'apparaître régulièrement, il y a 4 ou 5 mois. Elle exerce son métier depuis un an environ. N'a jamais eu de fausse couche, ni de couches.

Histoire particulière de l'affection utérine

Depuis 4 ou 5 mois, elle souffre à l'hypogastre, dans la région des reins ; elle a de la leucorrhée, surtout avant ses règles. Celles-ci sont irrégulières, elles avancent et retardent, et se transforment facilement en ménorrhagies.

Le col est de volume normal, rouge ; le museau de tanche n'est pas douloureux ; il est légèrement exulcéré autour de l'orifice externe, qui est dilaté, arrondi, ne présente pas d'incisures et laisse apercevoir la muqueuse cervicale rouge et tomenteuse. Ecoulement utérin et vaginal, muco-purulent, avec cellules épithéliales, globules de pus, nombreux microbes, mais pas de gonocoques.

Un crayon mitigé le 4 avril.

Idem, le 14 avril.

Sirop de fer, vin de quinquina, etc.

Sort très améliorée le 28 avril.

OBSERVATION IV

Métrite hémorragique. — Catarrhe muco-purulent avec hypertrophie légère du col. — Crayon mitigé. - Amélioration.

Dabia ben Saïd ben Messaoud, âgée de 27 ans, sous la surveillance du service des mœurs, depuis 14 ans, a eu une grossesse il y a 5 ans (enfant mort à 10 mois), entre au dispensaire le 9 mars pour chancre à la lèvre antérieure du col.

Histoire particulière de l'affection utérine

Elle a eu une hémorragie au dispensaire de Mustapha, il y a environ 4 ans, qui a duré une vingtaine de jours. Ici dans le service, elle a eu une nouvelle hémorragie qui a persisté une huitaine de jours et qui a été traitée par l'ergotine.

Le col est volumineux, mou, non douloureux, de diamètre deux fois plus grand environ que celui d'un col normal, de coloration rouge foncé. L'orifice externe est rétréci. La cavité utérine est libre, elle mesure 5 cent. 1/2. Ecoulement muco-purulent sans gonocoques, de moyenne abondance ; la femme serait rarement mouillée extérieurement par l'écoulement leucorrhéique. Un crayon mitigé au 1/3 à demeure le 21 mars. Une hémorragie le 23, qui s'arrête le 3 avril. Un crayon mitigé au 1/3 à demeure le 4 avril.

Sort guérie le 14 avril.

OBSERVATION V

Col très gros.— Dilatation de la cavité.— Catarrhe purulent invétéré. — Quatre crayons mitigés et un crayon pur introduits dans la matrice. — Encore en traitement. — Amélioration notable.

Zhora El-Miloud, âgée de 28 ans, née à Boghari, sous la surveillance de la police des mœurs depuis 4 ans. A eu trois enfants : l'aîné est mort, le second est âgé de 5 ans, le troisième de 3 ans.

Constitution assez robuste. Syphilitique. Elle a présenté, à chaque séjour au dispensaire, des plaques muqueuses opalines de la langue très tenaces. Elle ne présente pas de manifestations tuberculeuses, ni arthritiques.

Le début de l'affection remonterait, d'après les dires de Zhora, à 4 ans environ. Depuis cette époque elle perd, entre ses règles, un liquide jaunâtre qui lui mouille quelquefois la partie supérieure des cuisses. Les règles ne sont exagérées ni comme durée ni comme quantité. Le douleur n'est pas très caractéristique, elle ne se produirait qu'au moment des règles et serait peu intense. Son siège serait surtout localisé à l'hypocondre droit. Au moment du coït, douleur à la matrice. Jamais d'hémorragie. Troubles sympathiques peu marqués ou nuls, bon appétit, etc.

1^er^ Séjour. — Du 30 juin 1890 au 27 septembre.

Zhora présente, en outre d'un catarrhe utérin purulent, dont nous décrirons les caractères dans un instant, de l'ecthyma syphylitique aux fesses et des plaques muqueuses à la bouche.

Le traitement spécifique est immédiatement institué. Il est continué pendant tout le séjour de la malade au dispensaire, séjour qui dure pendant près de trois mois.

Pendant le mois de juin, nous faisons simplement de l'antisepsie vaginale locale, contre l'écoulement utéro-vaginal. Tous les deux jours, irrigations intra-vaginales avec liqueur de Van-Swieten dédoublée. Pendant l'intervalle des lavages, un tampon de coton ayant séjourné dans une solution de sublimé au 1/2000 et saupoudrée de poudre d'iodoforme, est laissé à demeure sur le col.

Le 1er juillet 1890, le catarrhe utérin persiste toujours ; nous nous décidons à le combattre par les crayons mitigés à demeure. Voici quel est à cette date l'état du col :

Examen local. — Col gros, non ulcéré extérieurement. Orifice extérieur en forme de croissant à concavité antérieure.

L'exploration avec le spéculum ne semble pas déterminer de la douleur. Il n'y a ni chaleur, ni rougeur vive. Il s'agit évidemment d'un processus chronique très ancien. Par l'orifice sort un mucus jaune-verdâtre qui pend comme une nappe visqueuse au-devant de la lèvre postérieure du col. Examiné au microscope, ce muco-pus nous a laissé voir de nombreux microbes, mais pas de gonocoques.

Le 1er juillet, un crayon mitigé est placé et laissé à demeure dans la cavité utérine.

Le 19 juillet, nous plaçons un deuxième crayon, la purulence ayant diminué mais non disparu.

A la suite de l'application de celui-ci, amélioration considérable.

Le 15 août, l'écoulement utérin a à peu près disparu.

Néanmoins, Zhora reste au dispensaire jusqu'au 27 septembre, à cause de la persistance de manifestations syphilitiques tenaces.

2me *Séjour*. — Du 9 mars au 5 mai 1891.

Lésions constatées à l'entrée :

1° Chancre mou à la lèvre antérieure du col.

2° Plaques muqueuses à la langue.

3° Catarrhe utérin invétéré, avec métrite interstitielle du col.

Nous instituons le traitement antisyphilitique et nous combattons le chancre du col par l'antisepsie vaginale et des applications locales d'iodoforme.

Après guérison du chancre, c'est-à-dire le 24 mars, introduction dans la cavité utérine d'un crayon mitigé que nous laissons à demeure.

Le 14 avril, nous plaçons un deuxième crayon, le premier n'ayant pas suffi à amener la disparition complète de la purulence de l'écoulement.

Le 5 mai, Zhora sort du dispensaire; le col est, bien entendu, toujours gros ; il sécrète encore assez abondamment un mucus épais, mais transparent, non purulent.

3e séjour. — 11 mai 91.

Lésions constatées à l'entrée :

1° Plaques muqueuses à la langue.

2° Col gros, catarrhe purulent abondant.

16 mai. — Devant les récidives fréquentes du catarrhe et l'innocuité absolue des quatre applications antérieures de nitrate d'argent mitigé, nous nous décidons à introduire un mince crayon de nitrate d'argent pur. Avant l'application, l'hystérométrie nous donne 7c 1/2, la cavité utérine est élargie.

18 mai. — La cautérisation ne se manifeste par aucun signe objectif, après introduction du spéculum dans la cavité vaginale.

Pansement antiseptique.

20 mai. — La portion de la cavité cervicale accessible à la vue et les lèvres du col apparaissent fortement cautérisées ainsi que la paroi postérieure du vagin, dans le point sur lequel repose le museau de tanche.

Cette dernière portion cautérisée est arrondie et présente une surface au moins égale à celle d'une pièce de 5 francs. Cet accident est dû à l'incurie et à l'insouciance de la malade qui, au lieu de garder le lit, ainsi que nous le lui avions recommandé, est restée debout toute la journée et ne s'est pas privée de marcher. D'où le déplacement et la chute des tampons que nous avions mis sur l'orifice du col et qui étaient destinés à protéger le vagin contre le crayon. Lavage au sublimé. Poudre d'iodoforme sur le col et dans le vagin.

22 mai. — L'état local paraît excellent ; pas de douleur dans le petit bassin, ni spontanément, ni à la pression des organes.

État général mauvais, céphalalgie, teint terreux jaunâtre, embarras gastrique, inappétence.

Nous notons sur le thorax la présence de petites phlyctènes très aplaties. Elles sont au nombre d'une quinzaine sur le devant de la poitrine et d'une demi-douzaine dans le dos. Elles sont de coloration rouge-brun, à tel point qu'elles donnent tout d'abord l'impression d'une croutelle sanguine ayant succédé à une lésion de grattage (1). Mais ce n'est qu'une apparence. Si,

(1) Cette pensée devait se présenter d'autant plus naturellement à notre esprit, que les femmes arabes ont une pratique singulière pour manifester leur mécontentement, leur dépit ou leur chagrin. C'est de s'égratigner fortement la peau avec leurs ongles, en particulier celle du visage. Au dispensaire, il est assez commun de voir des indigènes se labourer littéralement la face avec leurs griffes, et cela le plus souvent à l'occasion d'un motif des plus futiles. Elles ont une autre coutume aussi bizarre : c'est celle de se brûler la peau, en particulier la peau de la face dorsale des avant-bras, au moyen d'une cigarette allumée. C'est une façon, à leurs yeux, de prouver la sincérité d'une promesse ou d'un serment. Ces brûlures déterminent la formation de petites cicatrices, de coloration variable suivant leur ancienneté, de la dimension d'une pièce de vingt centimes environ et simulant, si elles sont juxtaposées, la configuration de syphilides polycycliques La confusion a d'ailleurs été commise par des médecins distingués, mais non prévenus.

au moyen d'une épingle on dilacère le toit de cette phlyctène, on trouve une cavité remplie d'un liquide séreux et clair. Ces phlyctènes ne sont pas cerclées par une zone plus ou moins rouge d'hyperhémie ; elles se continuent sans transition de couleur avec l'épiderme sain, périphérique. La formation et la période d'état de ces phlyctènes n'ont été accompagnées d'aucun prurit. De la salive de la femme, mélangée d'un peu de calomel, donne une coloration jaune très nette, due vraisemblablement à une formation d'iodure jaune de mercure.

La même réaction colorée se produit si l'on opère avec de la salive de femme absorbant de l'iodure de potassium ; mais, comme Zhora avait cessé tout traitement ioduré depuis plus de quinze jours, il est plus probable que l'iode qui paraît exister dans sa salive provient de l'iodoforme absorbé au niveau de l'utérus et du vagin.

Nous pensons que ces phlyctènes, de même que la céphalalgie et l'inappétence que nous avons citées plus haut, reconnaissent pour cause un commencement d'empoisonnement par l'iodoforme. Les cas d'intoxication consécutifs à l'emploi de ce médicament, dans le pansement des plaies opératoires de l'utérus, ne sont pas rares et sont bien connues, à tel point que des gynécologues distingués, notamment Martin, de Berlin (1), se méfient beaucoup de cet agent thérapeutique et s'abstiennent de l'employer dans le traitement des plaies utérines et vaginales.

Après ces diverses constatations, nous nous contentons de pratiquer un lavage local au sublimé, en nous abstenant, bien entendu, d'employer l'iodoforme. Vomitif.

26 Mai. — Etat local excellent et amélioration de l'état général.

1er Juin. — Les ulcérations, ayant succédé à la destruction de

---

(1) A. Martin, cité par Pozzi, *loco citato*, p. 219.

la muqueuse et accessibles à la vue, paraissent presque entièrement cicatrisées.

L'état général est redevenu ce qu'il était avant l'application du crayon pur.

14 Juin. — Etat général excellent. Le catarrhe existe encore, mais il est moins purulent et moins abondant.

La malade est toujours en traitement.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
COURTEAU 18 ans nullipare	Métrite blennorrhagique	2 décembre 1890. 1 crayon nitrate d'argent au 1/3. Sortie le 16 décembre 1890.	2 décembre au 1er juillet	Examen le 1er juillet. La guérison s'est maintenue.
DELAUNERY 19 ans nullipare	Métrite blennorrhagique	28 avril 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 9 mai 1891.	28 avril au 1er juillet	Examen le 1er juillet : La guérison s'est maintenue.
DUCLOUSE 22 ans 1 parturition	Métrite blennorrhagique	1er février 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 28 février 1891.	1er février au 1er juillet	La guérison s'est maintenue.
TORREGO 29 ans 3 parturitions (enfants morts)	Métrite blennorrhagique	23 octobre 1890. 1 crayon mitigé. 6 décembre 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 16 décembre 1890.		Guérison.
TREL 17 ans	Urétlirite, vulvite, vaginite et métrite blennorrhagiques.	19 juillet 1890. 1 crayon mitigé. 26 juillet 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 14 octobre 1890.	19 juillet au 14 octobre	Guérison.
FATH. ZORA BEN MOHAMED 27 ans nullipare	Métrite blennorrhagique	26 avril 1890. 1 crayon mitigé. 22 mai 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 10 juin 1890.	26 avril 1890 au 1er juillet 91	Guérison. Examen le 15 juin : La guérison s'est maintenue.

HADDA BEN AMAR 29 ans nullipare	Uréthrite et métrite blennorrhagiques	23 avril 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 12 mai 1891.	23 avril au 1er juillet	Guérison.
ZHORA BEN MOHAMED BISKRIA	Uréthrite et métrite blennorrhagiques	1er juillet 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 2 septembre 1890.	1er juillet 1890 au 1er juillet 91	Guérison.
FATHMA BEN EL HADJ ALI 25 ans	Métrite blennorrhagique	22 mai 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 19 juin 1890.		Guérison.
	Métrite blennorrhagique (Récidive)	3 janvier 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 31 janvier 1891.		Guérison.
DABIAH BEN MOHAMED	Catarrhe muco-purulent avec hyp. légère du col.	28 août 1890. Attouchements avec nitrate d'argent pur. Sortie le 22 septembre 1890.		Amélioration.
	Uréthrite et métrite blennorrhagiques	25 novembre 1890. 1 crayon mitigé.		Guérison de la blennorrhagie utérine et uréthrale, persistance de l'hypertrophie du col.
	(2e entrée au dispensaire)	16 décembre 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 10 janvier 1891.		
	Catarrhe purulent	31 mars 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 15 juin 91.		Disparition de la purulence, diminution de l'hypertrophie du col.
DESBAINS 35 ans nullipare	Hypertrophie considérable du col Endométrite blennorrhagique	2 décembre 1890, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 22 janvier 1891.		Guérison de la métrite blennorrhagique, le 15 décembre. Persistance de l'hypertrophie du col.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
Aïcha ben Khellil 26 ans 1 accouchement Syphilitique	Catarrhe purulent	22 juillet 1890, 1 crayon mitigé.		Disparition de la purulence du catarrhe.
	Catarrhe purulent Hypertrophie du col (2e entrée au dispens.)	19 février 1890, 1 crayon mitigé.		Disparition de la purulence du catarrhe.
	Métrite blennorrhagique Hypertrophie du col (3e entrée)	28 mai 1890, 1 crayon mitigé.		Guérison métrite blennorrhagique, diminution de l'hypertrophie du col.
Baya ben Mohamed ben Meki	Uréthrite et métrite blennorrhagiques Ulcération du col	22 mai 1890, 1 crayon mitigé dans l'utérus; instillations de solution argentique au 1/50 dans l'urètre.		Guérison.
	Métrite catarrhale Ulcération du col (2e entrée)	Attouchements de l'ulcération et de la cavité du col avec crayon pur.		Disparition de la purulence. Persistance d'une légère ulcération du col.
	Métrite catarrhale Hypertrophie du col (3e entrée)	6 décembre 1890, 1 crayon mitigé.		Diminution du catarrhe et de l'hypertrophie du col.
Ducombs 17 ans nullipare Syphilitique	Catarrhe muco-purulent léger Aménorrhée Constitution frêle	5 février 1891, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 11 février 1891.		Amélioration très marquée.
	Endométrite blennhor. (2e entrée)	28 avril 1891, 1 crayon mitigé. Sortie du disp. le 19 mai 1891.		Guérison métrite blennorr. Persistance écoul. muco-pur.

Escalle 25 ans 3 accouchements Syphilitique	Uréthrite et endométrite blennorrhagiques	3 janvier 1891, 1 crayon mitigé.	Guérison de la blennorrhagie.
	Hypertrophie du col	Sortie du dispensaire le 22 janvier 1891.	Diminution hypertrophie du col.
	Uréthrite et ulcération du col (2e entrée)	24 février 1891, attouchements avec solution argentique au 1/10. Sortie le 28 février 1891.	Guérison.
Héraud 23 ans 3 accouchements	Catarrhe muco-purulent du col	8 décem. 1890, un crayon mit. Sortie du dispensaire le 20 décembre 1890.	Guérison.
	Endométrite blennorrhagique Ecoulement purulent intense Ulcération du col (2e entrée)	28 février 1891, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 7 mars 1891.	Guérison.
Jacquemin 18 ans 1 accouchement	Ecoulement utérin muco-purulent	13 janv. 1891, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 24 janvier 1891.	Guérison temporaire.
	Ecoulement utérin muco-purulent (2e entrée)	9 avril 1891, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 25 avril 1891.	La guérison s'est maintenue jusqu'au 1er juillet.
Rolland 24 ans 1 accouchement	Endométrite blennorrhagique Hypertrophie du col	13 décembre 1890, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 23 décembre 1890.	Guérison de l'endométrite blennorrhagique. Diminution hypertrophie du col. La guérison s'est maintenue jusqu'au 1er juillet 1891.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
LARUELLE 24 ans nullipare	Métrite blennorrhagique Hypertrophie du col	16 déc. 1890, 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 15 janvier 1890.		Guérison de la blennorrhagie. Diminution de l'hypertrophie du col.
	Catarrhe purulent (2e entrée)	9 avril 1891, un crayon mitigé. Sortie le 21 avril 1891.		Guérison.
DABIAH BEN SAÏD BEN MESSAOUD 27 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent Hémorrhagies utérines (le 30 mars) Hypertrophie du col	21 mars 91 1 crayon mitigé. Injections sous-cutanées ergotine.		Guérison.
	Chancre mou du col	4 avril 91, 1 crayon mitigé. Sortie du dispens. le 13 juin.		Observation détaillée.
KADOUDJA BEN AHMOUD 25 ans 1 accouchement Syphilitique	Catarrhe purulent Orifice dilaté Col un peu gros	12 mai 91, 1 crayon mitigé. 23 mai, *id.* *id.* Sortie le 13 juin 91.		Disparition de la purulence. Diminution hypertrophie.
FATHMA BEN MOHAMED BEN ALI 18 ans 2 accouchements	Catarrhe purulent Granul. intra-utérine Bartholinite blennor.	16 mai 91, 1 cr. mitigé. 2 juin, *id.* *id.* Sortie le 12 juin.		Disparition de la purulence. Le col est encore un peu gros. La bartholinite s'est sensiblement améliorée.
AÏCHA BEN MOHAMED LOUNÈS 26 ans	Catarrhe purulent	8 août 90, 1 cr. mitigé. Sortie du disp. le 26 août.		Disparition de la purulence. La guérison s'est maintenue pendant près d'un an.

Dabia Naït Minguellet 26 ans	Catarrhe purulent	29 juin 90, 1 cr. mitigé. Sortie du disp. 19 juillet 90.		Guérison. Elle persiste encore le 1er juillet 91.
Fathma ben Mohamed ben Ali 19 ans	Uréthrite et catarrhe purulent Col très gros Orifice externe en croissant antérieur	24 juillet 90, 1 cr. mitigé. Sortie du disp., le 5 août 90.		Amélioration.
	Récidive (2e entrée)	18 oct. 90, 1 cr. mitigé. Sortie du disp., 28 oct. 90.		Amélioration.
Fathma ben Mohamed Barboucha 32 ans nullipare	Catarrhe purulent léger	28 août. 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 6 septembre.		Guérison. Le 1er juillet 1891 elle persiste encore.
Marie Louise 23 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent Ulcération du col	16 déc. 1891. 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 27 décembre 1891.		Guérison.
Ouria ben Abdelkader 38 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent Ulcération du col	10 mars 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 17 mars.	3 mois	Disparition de la purulence de l'écoulement.
Zhora ben Saïd 30 ans	Uréthrite et métrite blennorrhagiques	14 août. 1 crayon mitigé. Sortie le 6 septembre.		Disparition de la purulence de l'écoulement.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
ZHOUR BEN KADDOUR BEN AFRID 20 ans nullipare Syphilitique	Métrite blennorr.	15 juil. 1890. 1 crayon mitigé. Sortie du dispens. le 13 août.		Guérison temporaire.
	Catarrhe utérin, légère purulence (2e entrée)	28 août. Attouchts crayon pur. Sortie du dispensaire le 4 septembre.	La guérison persiste le 1er juillet	Disparition de la purulence.
ZHORA BEN LARBI 26 ans 4 accouchements	Ulcération du col Hypertrophie du col Catarrhe purulent	28 février. 1 crayon mitigé. Sortie le 17 mars.		Disparition de la purulence de l'écoulement ; persistance de l'hypertrophie.
	Ulcération du col (2e entrée)	Cautérisations superficielles avec crayon pur. Entrée le 21 avril 1891. Sortie le 28 avril 1891.		Disparition de l'ulcération. Le col reste gros, variqueux.
VASSIEU 22 ans nullipare	Uréthrite blennorrhagique Vaginite blennorrhagique Catarrhe purulent Chloro-anémie Aménorrhée	Attouchements de l'urètre et du vagin avec crayon pur. 13 janvier 1891. 1 crayon mitigé. 13 février 1891. 1 crayon mitigé. 28 février 1891. 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 12 mars.	Elle est retournée en France après sa sortie du dispensaire	Disparition de la blennorrhagie. Disparition de la purulence du catarrhe. Disparition de l'écoulement catarrhal.

2	CHERIFA BEN AHMED 20 ans 2 accouchements Syphilitique	Ecoulement utérin purulent léger Atrésie orifice interne (Incomplète)	16 août, 1 fragment crayon mitigé dans le col. 18 octobre. 1 fragment crayon mitigé dans le col. 25 octobre. 1 fragment crayon mitigé dans le col. 4 novem. 1 fragment crayon mitigé dans le col. Sortie du dispensaire le 4 déc.		Guérison temporaire de l'écoulement ; persistance de l'atrésie.
		Endométrite blennorr. (Atrésie orifice interne) (2e entrée)	21 mars. 1 fragment crayon mitigé dans cavité cervicale. Sortie du dispens. le 31 mars.		Guérison temporaire de l'écoulement purulent.
		Léger écoulement purulent Atrésie orifice interne	Dilatation progressive par introduction de petits tampons dans la cav. cervicale.		En traitement.
	BONAVIA 19 ans nullipare	Catarrhe muco-purulent Métrite hémorragique Ulcération du col	4 avril. 1 crayon mitigé. 14 avril. Id. Sortie du dispensaire le 28 avril 1890.	Cette femme est partie d'Alger après sa sortie du dispensaire	Disparition de la purulence du catarrhe. Très grande atténuation de l'ulcération. Cessation des métrorrhagies. Observation détaillée.
	BERNE 31 ans nullipare	Catarrhe purulent	11 décembre 1890. 1 crayon mitigé. Sort du dispensaire 27 décembre.		Grande amélioration, examinée le 1er juillet 1891, on lui trouve : col normal, pas d'écoulement.
	TARTAVULLE 23 ans 1 accouchement	Granulations intra-cervicales Catarrhe purulent	26 avril. 1 crayon mitigé. Sort du dispensaire le 14 mai.		Disparition de la purulence de l'écoulement, diminution du catarrhe et de l'hypertrophie du col.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
Vasset 26 ans nullipare	Col gros Catarrhe muco-purulent Vaginite	21 mars. 1 crayon mitigé. Solut. nitrate d'arg. au 1/50e. Sortie du dispens. le 9 avril.		Guérison temporaire.
	Uréthrite et catarrhe purulent Col volumineux (2e entrée)	10 mai, 1 crayon mitigé. Sort du dispensaire le 30 mai.		Disparition de la purulence du catarrhe. Diminution légère du volume du col.
Ramos 26 ans 2 accouchements	Hypertrophie et ulcération du col Catarrhe purulent	3 novembre 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 4 décembre 1890.	L'amélioration s'est maintenue jusqu'au 1er juillet 91	Ulcération guérie. Le catarrhe a perdu sa purulence et a diminué de quantité. Diminution hypertrophie du col.
Philippi 41 ans	Catarrhe purulent	8 août 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 30 août.		Amélioration.
Melili 31 ans une fausse couche	Catarrhe purulent	3 nov. 1890. 1 crayon mit. Sortie du dispensaire le 4 déc.		Guérison complète ; elle persiste encore le 1er juillet 1891.
Kuentz 28 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent	6 janvier 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 22 janvier 1891.		Très améliorée : disparition de la purulence de l'écoulement.

Grégoire 25 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent	11 nov. 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 29 novembre 1890.		Guérison temporaire.
	Uréthrite et catarrhe purulent	13 décembre. 1 crayon mitigé		Amélioration.
Marie Garcia y Marty 30 ans nullipare	Catarrhe purulent (Peu intense)	16 décembre 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 30 décembre.	Cette femme a disparu d'Alger depuis sa sortie du dispensaire	Amélioration.
Reyès 26 ans	Catarrhe purulent	8 août 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 13 août.	d°	Grande amélioration.
Crabe 22 ans	Vaginite et catarrhe purulent	29 juin 1890. 1 crayon mitigé. 15 juillet 1890. Id. Sortie le 31 juillet.	d°	Disparition purulence du catarrhe.
Caneliès 25 ans	Catarrhe purulent	8 août 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 16 septembre 1890.		Amlioration : elle persiste encore le 1er juillet 1891.
Fathma ben Mohamed (Tizi-Ouzou) 24 ans 1 accouchement	Catarrhe purulent	2 décembre 1890. 1 crayon mitigé. Sortie du dispensaire le 13 décembre 1890.		Guérison. Examen le 1er juillet 1891 : col normal, pas d'écoulement.
Fetta ben El Hadj Kassi 35 ans 3 accouchements	Hypertrophie du col et catarrhe muco-purulent léger.	23 avril 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 30 avril		Guérison du catarrhe.

NOMS	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT LOCAL	SURVEILLANCE	RÉSULTATS
Ouria ben Ali 23 ans	Ulcération et hypertrophie du col	4 novembre 1890. 1 crayon mitigé.		Guérison du catarrhe.
	Catarrhe purulent	Sortie le 29 novembre 1890.		Persistance de l'hypertrophie.
Zhora b. El Miloud 28 ans 3 accouchements Syphilitique	Col gros	1er juillet 1890. 1 crayon mit.		Amélioration.
	Catarrhe purulent	19 juillet 1890. Id. Sortie le 27 septembre 1890.		
	Métrite interstitielle Catarrhe purulent invétéré (2e séjour)	24 mars 1891. 1 crayon mitigé. 14 avril 1891. id. Sortie le 5 mai 1891.		Diminution du catarrhe ; disparition de sa purulence.
	Col gros Catarrhe purulent très abondant (3e séjour)	16 mai 1891. 1 crayon pur.		Encore en traitement. Amélioration considérable. Observation détaillée.
Berges 21 ans 1 accouchement	Hypertrophie et ulcération du col	19 juin 1890. 1 crayon mitigé.		Disparition de l'ulcération et de la purulence du catarrhe.
	Catarrhe purulent	Sortie le 5 juillet 1890.		Diminution légère de l'hypertrophie.
	Même état (2e entrée)	14 avril 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 25 avril 1890.		Mêmes résultats.
Maruï 19 ans	Col très gros Catarrhe purulent	19 juin 1890. 1 crayon mitigé. Sortie le 8 juillet 1890.		Disparition de la purulence du catarrhe.
Kennel 25 ans 1 accouchement	Col gros et granuleux	1er mai 1890. 1 crayon mitigé.	Le catarrhe n'a pas reparu	Disparition du catarrhe.
	Catarrhe purulent	Sortie le 26 mai 1890.		Persistance de l'hypertrophie.

Guillesse 29 ans 3 accouchements Syphilitique	Col gros, orifice entr'ouvert et granuleux Catarrhe purulent blennor. très abondant.	27 déc. 1880. 1 crayon mitigé. 15 id. id. 2 janvier 1891. id. Sortie le 20 janvier 1891.		Disparition du catarrhe ; la guérison persiste encore le 15 juin.
Genou 25 ans 1 accouchement	Col gros et ulcéré Catarrhe purulent	28 février 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 19 mars 1891.	Elle a quitté Alger à sa sortie du dispensaire	Disparition du catarrhe purulent et de l'ulcération. Persistance de l'hypertrophie du col.
Campagne 26 ans 2 accouchements	Col très gros Orifice externe élargi Ecoulement purulent éversion des lèvres du col	17 décembre 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 9 décembre 1891.		Transformation du catarrhe purulent en catarrhe muq.
	Même état Accidents syph. en plus	En traitement.		
Boulanger 26 ans Fausse couche il y a 6 mois	Col gros Orifice externe élargi Eversion des lèvres du col Catarrhe purulent	24 mars 1891. 1 crayon mitigé. Sortie le 7 avril 1891.	Le catarrhe purulent n'a pas reparu	Transformation du catarrhe purulent en catarrhe muqueux léger.
Garnier 36 ans 2 accouchements	Hypertrophie et ulcération du col Écoulement purulent Métrorrhagies	2 avril 1891. 1 crayon mitigé. 9 avril 1891. id. Sortie le 9 mai 1891.		Disparition de la purulence de l'écoulement et de l'ulcération du col. Diminution de l'hypertrophie. Cessation des métrorrhagies. Observation détaillée.
Germain 27 ans 2 accouchements Syphilitique	Ulcération du col Métrorrhagies	31 mars 1891. 1 crayon mitigé. 9 avril 1891. id. 14 avril 1891. id. Attouchements avec le crayon pur sur l'ulcération. Sortie le 9 mai 1891.		Atténuation des hémorrhagies. Diminution de l'ulcération. Observation détaillée.

CONCLUSIONS

I. Le crayon de nitrate d'argent peut être abandonné dans la cavité de la matrice, lorsqu'il est nécessaire de modifier profondément ses parois, car :

A. Introduit et laissé à demeure dans cette cavité, il constitue un caustique assez puissant pour déterminer la mortification de la muqueuse utérine et son élimination sous forme d'eschares.

B. Son action destructive peut être graduellement atténuée par l'adjonction de quantités de plus en plus grandes de nitrate de potasse au nitrate d'argent, dans la confection du bâtonnet argentique.

C. Son application est très facile, elle ne nécessite ni la chloroformisation, ni l'abaissement de l'utérus, ni l'aide d'un ou plusieurs confrères. Les malades l'acceptent volontiers, elle n'est jamais suivie de phénomènes réactionnels intenses, et les résultats thérapeutiques qu'elle donne sont excellents dans les diverses formes cliniques d'endométrite, en particulier dans les cas de blennorrhagies utérines, de catarrhes muqueux ou purulents, de métrites hémorragiques.

II. Son emploi est contre-indiqué dans tout état inflammatoire des annexes de l'utérus ou des tissus adjacents.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 23 juillet 1891.
Le Recteur de l'Académie,
H. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 23 juillet 1891
L'Assesseur délégué,
E. BERTIN-SANS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !